

**SOLICITUD DE SERVICIOS PARA ADULTOS**

**En vigor desde el 1 de julio de 2007**

**Formulario de solicitud de servicios para adultos – Instrucciones**

El Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health*, DMH) provee servicios y apoyo para adultos con enfermedad mental seria y persistente con el objetivo de que puedan llevar una vida independiente en la comunidad.

Las personas de 18 años o mayores que solicitan servicios de salud mental por medio del DMH deben presentar los siguientes formularios completados, con firmas y fechas donde se indique:

- Formulario de *Solicitud de Servicios para Adultos*
- Autorización para la Determinación de Elegibilidad por el DMH*
- Autorización(ones) para Revelar Información*

Para agilizar la determinación de la elegibilidad del solicitante para recibir servicios, el DMH recomienda que los solicitantes también presenten la información y los documentos médicos pertinentes, como:

- Evaluación psiquiátrica* completada por un profesional clínico autorizado en los seis meses previos y /o
- Informes de admisión/alta hospitalaria* si estuvo hospitalizado durante los seis meses previos

Aunque al solicitar los servicios no se requiere presentar información médica, se recomienda firmemente presentar dicha información en ese momento. El DMH necesitará revisar esta información médica y la requerirá en una fecha posterior.

**Si usted es un proveedor de servicios de salud mental y está haciendo una derivación para el DMH, por favor, siga las instrucciones de la página 2.**

En el plazo de siete (7) días de la recepción de un formulario de *Solicitud de Servicios para Adultos*, el DMH se comunicará por teléfono con el solicitante o tutor. El propósito del contacto telefónico será:

- Acusar recibo del formulario de *Solicitud de Servicios para Adultos*.
- Repasar el proceso de determinación
- Confirmar que el solicitante desea continuar el proceso de determinación
- Evaluar las necesidades inmediatas o emergentes del solicitante y responder en la forma apropiada
- Iniciar la recopilación de la información médica y de otro tipo que sea pertinente para respaldar la solicitud de servicios del solicitante

En el plazo de catorce (14) días de la recepción de un formulario de *Solicitud de Servicios para Adultos*, el personal de elegibilidad del DMH puede pedir, según sea necesario, una entrevista en persona con el solicitante y/o el tutor legal para considerar y evaluar más a fondo las necesidades del solicitante. En la mayor parte de los casos, la entrevista personal tendrá lugar en una oficina del DMH. En otros casos, la entrevista personal puede realizarse en otro lugar convenido.

El director de Área del DMH o el designado en el Área donde el solicitante esté pidiendo servicios es quien tomará las decisiones respecto a las solicitudes de servicio al recibir y revisar la información siguiendo las regulaciones del DMH.

La disponibilidad limitada de servicios obliga al DMH a establecer prioridades en cuanto a las personas que recibirán dichos servicios y a la manera en que se proveerán. Las regulaciones del DMH establecen los criterios que han de usarse para determinar quién cumple los requisitos para recibir servicios del DMH de atención continua en la comunidad y cómo se asignan esos servicios.

El solicitante debe entregar o enviar por correo o fax un formulario de *Solicitud de Servicios para Adultos* completado, un formulario de *Autorización para Determinación de Elegibilidad por el DMH* firmado y formularios de *Autorización para Revelar Información* a la Oficina de Área o de Sitio del DMH con responsabilidad por la comunidad en la que el solicitante o tutor legal reside en el momento de presentar la solicitud. Para determinar a dónde debe enviarse un formulario de solicitud, por favor comuníquese con la Línea de Información y Derivación del DMH (*Information and Referral Line*) llamando al 1-800-221-0053 (de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.).

Los materiales para hacer la solicitud están disponibles en todas las oficinas de área y de sitio del DMH, centros psiquiátricos de internación aguda, en muchos programas de la comunidad en todo el Estado y pueden descargarse de la página web del DMH [www.state.ma.us/dmh](http://www.state.ma.us/dmh). Los formularios de solicitud están disponibles en inglés. El DMH puede proveer traductores para otros idiomas si fuera necesario y otro tipo de ayuda que sea necesaria.

### **Instrucciones adicionales para proveedores de servicios de salud mental**

Un proveedor de servicios de salud mental que hace una derivación al DMH debe presentar información clínica pertinente como:

#### Para solicitantes que actualmente están en un centro para pacientes internados

- Evaluación psiquiátrica, incluyendo diagnósticos del DSM-IV (Ejes I-V)
- Cualquier otra evaluación (por ejemplo, psicosocial, de medicamentos, pruebas neuropsicológicas, exámenes neuropsicológicos, etc.)
- Evolución en el hospital, incluyendo el plan de tratamiento

#### Para solicitantes que actualmente residen en la comunidad

- Evaluación psiquiátrica, incluyendo diagnósticos del DSM-IV (Ejes I-V)
- Cualquier otra evaluación (por ejemplo, psicosocial, de medicamentos, pruebas neuropsicológicas, exámenes neuropsicológicos, etc.)
- Resumen del alta, si estuvo hospitalizado durante los seis meses previos
- Plan actual de tratamiento ambulatorio de salud mental

Los proveedores de servicios de salud mental que hagan una derivación al DMH deben asegurarse de adjuntar formularios de *Autorización para Revelar Información* firmados para toda la información clínica enviada con la solicitud de servicios. La presentación de dichos formularios junto con la solicitud, para obtener otros documentos que el DMH necesitará, facilitará el proceso de determinación de elegibilidad para el solicitante. El DMH también puede requerir información clínica adicional según sea necesario.

**SOLICITUD DE SERVICIOS PARA ADULTOS**

**En vigor desde el 1 de julio de 2007**

**Información personal**

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Número del seguro social)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted? (Por favor, marque todas las respuestas que se apliquen y anote un número de teléfono y dirección de correo electrónico)

- Teléfono de día/del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Teléfono para llamar por la noche ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Estado marital \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Idioma preferido \_\_\_\_\_ ¿Habla usted inglés? Sí  No   
¿Es usted sordo(a) o tiene dificultad auditiva? Sí  No  ¿Necesita servicios de intérprete? Sí  No

¿Ha estado alguna vez en el ejército? Sí  No  Se desconoce

¿Tiene un tutor legal designado por un tribunal? Sí  No  Si contestó sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Relación con el solicitante)

Dirección del tutor \_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cómo podemos comunicarnos con el tutor? (Por favor, marque todas las respuestas que se apliquen y anote el número de teléfono y dirección de correo electrónico)

- Teléfono de día/del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Teléfono para llamar por la noche ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí  No
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto para emergencias \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

*Por favor, incluya una Autorización para revelar información*

**Seguro de salud**

- No tiene seguro médico
- Solicitud de seguro médico por resolver  Por favor, especifique el seguro: \_\_\_\_\_
- Medicaid
- Medicare/Medicaid
- Medicare
- Seguro privado:  Por favor, especifique el seguro: \_\_\_\_\_

**Fuente de ingresos**

Empleo	<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>
SSDI	<input type="checkbox"/>	Ayuda para emergencias	<input type="checkbox"/>
SSI	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/> Por favor, especifique: _____
Seguridad social	<input type="checkbox"/>	Ningún ingreso	<input type="checkbox"/>

Si usted es un padre o padrastro, ¿viven niños en la casa? Sí  No  No aplicable

¿Recibe usted actualmente servicios de otra agencia estatal? Sí  No  Se desconoce

Si contestó sí, ¿qué agencia?

Marque todos los que se apliquen. DSS  DMR  EOEA  DPH  DYS  MRC  MCDHH  MCB  VA

¿Está usted actualmente en un hospital? Sí  No  Si contestó sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente sin hogar? Sí  No  Agencia que brinda servicios, si hubiera alguna: \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en prisión? Sí  No  Si contestó sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en libertad condicional? Sí  No  Si contestó sí, anote el nombre del oficial supervisor \_\_\_\_\_

**Proveedor primario de servicios de salud mental:** Por favor, indique quién le brinda atención regular en salud mental. Si no hay una fuente regular de atención de salud mental, use esta sección para indicar su fuente más reciente de atención de salud mental.

Proveedor primario de servicios de salud mental \_\_\_\_\_ ¿Es el proveedor actual? Sí  No   
(Apellido) (Nombre)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Apt. N°) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

¿Tiene un diagnóstico psiquiátrico actual? Sí  No  Se desconoce

Si lo tiene, ¿cuál es? \_\_\_\_\_

**Salud física general:** Por favor, indique quién le brinda atención de salud física regularmente. Si no hay una fuente regular de atención de salud física, use esta sección para indicar su fuente más reciente de atención médica.

Proveedor primario de atención médica \_\_\_\_\_ ¿Es el proveedor actual? Sí  No   
(Apellido) (Nombre)

Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún problema médico que requiera atención regular? Sí  No  Se desconoce

¿Le han diagnosticado alguna vez un problema neurológico? Sí  No  Se desconoce

Si contestó sí, por favor describa cualquier problema médico o neurológico actual: \_\_\_\_\_

**Medicaciones:** ¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? Sí  No  Se desconoce

Si contestó sí, por favor enumere los medicamentos. \_\_\_\_\_

Si contestó sí, ¿quién está recetando actualmente estos medicamentos? \_\_\_\_\_

**¿Por qué está usted solicitando servicios?** (marque todos los que se apliquen y use el espacio de abajo para añadir sus propios comentarios)

Participo en servicios ambulatorios de salud mental pero creo que necesito ayuda adicional

No participo en servicios ambulatorios de salud mental y creo que necesito hacerlo

Estoy buscando servicios que me ayuden a recuperar el control sobre mi vida

Otras personas creen que yo podría necesitar servicios

---

---

---

**¿Qué clase de servicios cree usted que necesita?**

---

---

**SOLICITUD DE SERVICIOS PARA ADULTOS**

En vigor desde el 1 de julio de 2007

Nombre del solicitante:

**AUTORIZACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR EL DMH**

- Solicito que el Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health*, DMH) lleve a cabo una determinación de elegibilidad para recibir servicios de atención continua. He adjuntado a esta solicitud formularios de autorización para revelar información firmados, en caso de que sea necesario. Entiendo que el DMH recopilará y revisará los historiales médicos como parte de la determinación de elegibilidad. Entiendo que mi nombre y la información sobre mi persona estarán incluidos en un sistema de mantenimiento de registros del DMH.
- El DMH puede solicitar una entrevista personal conmigo o una evaluación clínica en circunstancias en las que los archivos clínicos disponibles no sean suficientes para hacer una determinación de elegibilidad.
- Me pedirán que revele información sobre mis ingresos y seguro y pueden cobrarme por los servicios de acuerdo con mi capacidad de pago.
- Entiendo que puedo apelar la decisión del DMH si se determinara que no reúno los requisitos para recibir servicios de atención continua del DMH.
- He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del DMH (adjunto a esta solicitud de servicios).
- Autorizo al DMH a comunicarse sobre cuestiones relacionadas con mi elegibilidad para recibir servicios del DMH con la persona identificada más abajo que ayudó a completar esta solicitud. Esta autorización es válida hasta que mi solicitud se haya procesado en forma completa o a menos que yo notifique por escrito al DMH que la revoco.

Firma del solicitante o de su tutor legal

Nombre del solicitante (en letra de molde)

Fecha de la firma

**PERSONA QUE AYUDA AL SOLICITANTE**

Esta sección debe ser completada por el proveedor u otra persona que ayude al solicitante a presentar la solicitud.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Relación con el solicitante)Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Día  Noche  Celular **PROGRAMA O CENTRO QUE PRESENTA LA SOLICITUD EN NOMBRE DEL SOLICITANTE**

Esta sección debe ser completada por el programa o centro que presenta la solicitud en nombre del solicitante.

Nombre del Programa o Centro

Nombre del solicitante

 El día \_\_\_\_\_ se informó al solicitante que se estaba presentando una solicitud en su nombre y él/ella no puso objeciones El solicitante es incapaz y se ha presentado una petición de custodia en el tribunal apropiado (se adjunta una copia de la petición)

Su nombre (por favor en letra de molde)

Su firma y cargo

**PARA PRESENTAR FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA**Como parte de la determinación de elegibilidad, el Departamento de Salud Mental revisará los archivos de todos los servicios de salud mental que haya recibido el solicitante. Por favor, presente formularios de *Autorización para Revelar Información* firmados junto con la solicitud, si es posible.

1. Por favor, presente un formulario de *Autorización para Revelar Información* firmado por cada proveedor de servicios de salud mental. Si los servicios de salud mental se proveen a través de una clínica, por favor identifique un proveedor primario de la atención en esa clínica.
2. Además, por favor presente un formulario de *Autorización para Revelar Información* para cualquier otra información clínica que al solicitante le gustaría que se considere como parte de la determinación de elegibilidad.
3. Por favor, compruebe que el nombre, dirección y teléfono del proveedor son los correctos en cada formulario de revelación de la información. Contar con los nombres, direcciones y números de teléfono correctos acelera el proceso de revisión de la elegibilidad.

**¿Cuántos formularios de *Autorización para Revelar Información* se presentan con esta solicitud?**

El Departamento también revisará cualquier archivo médico que el solicitante o quienes le ayudan puedan tener en su poder y deseen presentar para su consideración.

1. Por favor, complete y firme un formulario de *Autorización para Revelar Información* para cada archivo médico que se adjunte a esta solicitud en caso de que el personal del DMH necesite clarificar la información contenida en el informe.
2. Las copias de los informes médicos no pueden devolverse. Por eso, por favor, no envíe copias originales.

**¿Cuántas copias de informes médicos se adjuntan a esta solicitud?**

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH  
*Autorización para revelar y recibir información*

---

Nombre: Otros(s) nombre(s):  
Dirección: Teléfono:  
Nº del seguridad social Fecha de nacimiento:

---

*Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH) a recibir y revelar información de o a la persona, agencia o centro nombrado a continuación, ya sea en forma verbal o escrita, como se indica en esta autorización.*

Nombre: Atención: Teléfono:  
Calle: Ciudad/población: Estado: Código postal:

---

*Información de contacto en el DMH:*

Nombre: Teléfono:  
Dirección:

---

*La persona que completa este formulario debe proveer detalles con respecto a las fecha(s) de la información solicitada. Por favor, tenga en cuenta que una solicitud de revelación de notas de psicoterapia no puede combinarse con ningún otro tipo de solicitud. Especifique qué información se revelará, por ejemplo, historial completo, documentación de admisión(ones), resumen(resúmenes) de alta, resumen(resúmenes) de traslados, evaluaciones, valoraciones y pruebas, consulta(s) incluyendo nombres de los especialistas, plan(es) de tratamiento, ISP(s) y PSTP(s), informes de examen físico y de laboratorio, nota(s) de evolución:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Propósito de la autorización:**

- El sujeto de la información o su Representante Personal inició la autorización (no se requiere un propósito específico)
- Coordinar la atención  Facilitar la facturación
- Derivación  Obtener cobertura de seguro médico, ayuda económica u otros beneficios
- Otro propósito (por favor, especifique)

**Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.**

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

*Autorización para revelar y recibir información  
(continuación)*

Nombre de la persona/centro/agencia diferente al DMH que recibirá o revelará información: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del DMH identificada en la página uno. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado conforme a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación según los términos de mi póliza. Esta autorización expirará (especifique una fecha, período de tiempo o acontecimiento) \_\_\_\_\_ o, si no se especifica nada, expirará en el momento en que yo deje de recibir servicios del DMH. Entiendo que una vez que la información mencionada más arriba se revela a una persona, centro o agencia externo al DMH, el receptor puede volver a revelarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Entiendo que la autorización del uso o revelación de la información identificada más arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios del DMH y/o de la otra persona, centro o agencia nombrado. Sin embargo, la imposibilidad de compartir u obtener información puede evitar que el DMH, y/o la otra persona, centro o agencia nombrado, proporcione la atención apropiada y necesaria.

\_\_\_\_\_  
Su firma o la del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firma en letra de molde

SI LA FIRMA ES DE UN REPRESENTANTE PERSONAL, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Tipo de autoridad (por ejemplo, designado por un tribunal, padre con derecho a custodia)

\_\_\_\_\_

Revelaciones de información autorizadas especialmente (por favor, marque todas las que se apliquen)

\_\_\_\_ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a tratamiento por alcoholismo o drogadicción que está protegida por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2, autorizo específicamente la revelación de dicha información.

\_\_\_\_ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a pruebas de antígenos y anticuerpos del VIH que está protegida por MGL c.111 §70F, un diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, autorizo específicamente la revelación de dicha información

\_\_\_\_\_  
Su firma o la del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INSTRUCCIONES:**

1. Este formulario debe completarse en su totalidad para que se considere válido.
2. Distribución de copias: original para el expediente apropiado del DMH; copia para el Individuo o el Representante Personal; copia para la persona/centro/agencia que presenta la solicitud.



Estado de Massachusetts  
Departamento de Salud Pública

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA\* SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

\*Información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE**

**Aviso en vigor desde: 1 de enero de 2005**

Versión 4

### **Privacidad**

Las leyes estatales y federales requieren que el Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) mantenga la privacidad de la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es toda información identificable acerca de su salud mental o física, la atención médica que usted recibe y el pago por su atención médica.

La ley requiere que el DMH le proporcione este aviso para explicarle cómo puede usar y revelar su PHI e informarle acerca de sus derechos de privacidad. El DMH debe seguir las prácticas de privacidad tal como se establece en su Aviso de Prácticas de Privacidad más actual.

**Este aviso se refiere solamente al uso/revelación de PHI. No cambia la ley, regulaciones y políticas existentes respecto al consentimiento informado para recibir tratamiento.**

### **Cambios a este Aviso**

El DMH puede cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a PHI que el DMH ya tenga, así como a PHI que el DMH reciba en el futuro. El aviso de privacidad más actual se publicará en los centros y programas del DMH, y en la página web del DMH ([www.state.ma.us/dmh](http://www.state.ma.us/dmh)), y estará disponible a pedido. Todo aviso de privacidad estará fechado.

### **¿Cómo usa y revela PHI el DMH?**

El DMH puede usar/revelar su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin su autorización. De otra manera, se necesita su autorización por escrito a menos que se aplique una excepción mencionada en este aviso.

### **Usos/revelaciones en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica**

Los siguientes ejemplos describen algunos, pero no todos, los usos/revelaciones que se hacen con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Para tratamiento** – De acuerdo con sus regulaciones y políticas, el DMH puede usar/revelar PHI a médicos, enfermeras, proveedores de servicios y otro personal (por ejemplo, intérpretes), que participan en la provisión de su atención médica y servicios relacionados. Su PHI se usará para determinar si usted reúne los requisitos para recibir servicios del DMH, para ayudar en el desarrollo de su tratamiento y/o plan de servicios y para realizar revisiones y evaluaciones periódicas. Su PHI puede compartirse con otros profesionales y proveedores de atención médica para obtener recetas, análisis de laboratorio, consultas y otros servicios necesarios para su atención.

**Para obtener pago** – De acuerdo con las restricciones establecidas en sus regulaciones y políticas, el DMH puede usar/revelar su PHI para facturar y obtener el pago por sus servicios de atención médica. El DMH puede revelar partes de su PHI al programa de Medicaid o Medicare o a un tercero encargado del pago para determinar si ellos harán el pago, obtener la aprobación previa y respaldar cualquier reclamación o factura.

**Para operaciones de atención médica** – El DMH puede usar/revelar PHI para respaldar actividades como planificación de programas, actividades de coordinación y administrativas, control de calidad, recepción y respuesta de quejas, programas de cumplimiento (por ejemplo, Medicare), auditorías, entrenamiento y acreditación de profesionales de la atención médica y certificación y acreditación (por ejemplo, JCAHO).

#### **Recordatorios de citas**

El DMH puede usar su PHI para recordarle una cita o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

#### **Usos/revelaciones que requieren autorización**

Se requiere que el DMH tenga una autorización escrita suya o de su representante personal, con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre, para usos/revelaciones que vayan más allá de lo relacionado con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, a menos que se aplique una de las excepciones abajo mencionadas. Usted puede cancelar una autorización en cualquier momento, si lo hace por escrito. Una cancelación detendrá futuros usos/revelaciones, excepto en la medida en que el DMH ya haya actuado conforme a su autorización.

#### **Excepciones**

- Para procedimientos judiciales de custodia o confinamiento cuando el DMH sea una parte interesada
- Para procedimientos judiciales si se cumplen ciertos criterios
- Para la protección de víctimas de abuso o negligencia
- Con fines de investigación, después de una revisión interna estricta
- Si usted está de acuerdo, en forma verbal o de otra manera, el DMH puede revelar una cantidad limitada de PHI con los siguientes fines:
  - **Asuntos religiosos** – Su afiliación religiosa puede compartirse con representantes del clero
  - **A familiares y amigos** – El DMH puede compartir información directamente relacionada con la participación de familiares y amigos en su atención médica, o el pago por ésta
- A una institución correccional si usted es un presidiario
- Para actividades de vigilancia federal y estatal como investigaciones de fraude, reporte habitual de incidentes y actividades de protección y mediación
- Si la ley, las autoridades de aplicación de la ley o la seguridad nacional así lo requiere
- A la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, por sus siglas en inglés) y/o sus agencias, como MassHealth, DSS, DMR, DYS, DTA y DPH para funciones como provisión de servicios, elegibilidad y coordinación del programa.
- Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad pública
- Para actividades de salud pública como seguimiento de enfermedades e informe de estadísticas esenciales
- Ante un fallecimiento, a directores de funerarias y ciertas organizaciones de procuración de órganos

## **Sus Derechos**

Usted, o un representante personal con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre, tiene derecho a:

- Pedir que el DMH use una dirección o número de teléfono específico para ponerse en contacto con usted. El DMH no está obligado a cumplir con su pedido.
- Obtener, a pedido, una copia impresa de este aviso o cualquier revisión de éste, aunque usted haya aceptado recibirla por medios electrónicos.
- \*Inspeccionar y copiar PHI que pueda usarse para tomar decisiones acerca de su atención médica. El acceso a sus expedientes puede estar restringido en circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso, en ciertas circunstancias, usted puede pedir la revisión de la denegación. Pueden cobrarse tarifas por la copia y envío postal.
- \*Solicitar adiciones o correcciones a su PHI. El DMH no está obligado a cumplir con un pedido. Si el DMH no cumple con su pedido, usted tiene ciertos derechos.
- \*Recibir una lista de los individuos que han recibido su PHI del DMH (excluyendo revelaciones que usted haya autorizado o aprobado, revelaciones hechas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas revelaciones exigidas).
- \*Pedir que el DMH restrinja la manera en que usa o revela su IPS. El DMH no está obligado a cumplir con una restricción.

### **\* Estos pedidos deben hacerse por escrito**

#### **Para ponerse en contacto con el DMH o presentar una queja**

Si usted desea obtener más información acerca de las prácticas de privacidad del DMH, o desea ejercer sus derechos, o cree que se han violado sus derechos de privacidad, o desea presentar queja, puede ponerse en contacto con:

DMH Privacy Officer  
Department of Mental Health  
25 Staniford Street  
Boston, MA 02114  
Teléfono: 617-626-8160  
Fax: 617-626-8131.

[PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us](mailto:PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us)

Las quejas deben presentarse por escrito.

Usted también puede ponerse en contacto con la oficina de historiales médicos de un centro del DMH (para los historiales de ese centro), con un director de programa del DMH (para los historiales de ese programa), con la oficina de su localidad (para registros de coordinación del caso), o con el funcionario de derechos humanos de su centro o programa, para pedir más información o asistencia.

Nadie puede tomar represalias en contra de usted por presentar una queja o por ejercer sus derechos tal como se describe en este aviso.

También puede presentar una queja ante la:

#### **Secretary of Health and Human Services**

Office for Civil Rights  
United States Department of Health and Human Services  
JFK Federal Building, Room 1875  
Boston, MA 02203